

..... **新たな患者負担増をやめ、窓口負担の大幅軽減を求める** .....  
..... **医師・歯科医師要請署名にご協力下さい** .....

政府は来年度予算案で社会保障自然増分を4000億円も切り込みました。小泉政権時代の2200億円削減を大きく上回るものです。そして、現在開会中の通常国会に ①後期高齢者医療加入者の半数にあたる865万人の保険料引き上げや入院時食事代の自己負担引き上げといった「患者負担増」、②安全性・有効性の未確立な医療を広げる「混合診療＝患者申出療養」などを計画しています。

また、政府の審議会では、高齢者の患者窓口(1～2割)を3割になどの患者負担増も検討されています。これ以上、患者負担が増えれば、医療機関に受診できない患者さんが増えます。

そこで、保険医協会では下記の医師・歯科医師署名に取組みます。ご協力をお願いいたします。

記

- ◎署名用紙 … 先生ご自身の医師・歯科医師署名です。(ゴム印でも可)  
※同じ医療機関に複数の医師・歯科医師が所属している場合、1枚の用紙に複数のお名前をご記入いただいても結構です。
- ◎返送方法 … FAXでご返信をお願いします。(愛知県保険医協会行き/FAX052-834-3512)
- ◎締め切り … 第1次分 3月10日(できる限り早めをお願いいたします)
- ◎提出方法 … 賛同いただいたお名前を連名にして、保団連国会行動で、首相、厚労大臣、および地元選出衆参国會議員などに提出します。

以上

<連絡先> この医師・歯科医師署名に関するお問い合わせは、愛知県保険医協会・署名係 までお願いします。〒466-8655 名古屋市昭和区妙見町19-2 TEL052-832-1346 FAX052-834-3512

**医師・歯科医師署名 記入欄 FAX 052-834-3512**

**新たな患者負担増をやめ、窓口負担の大幅軽減を求める要請書**

私たち医師・歯科医師は、国民の生活と医療を守るため、以下の事項を強く要望いたします。

**一、患者負担をこれ以上増やさず、窓口負担を大幅に軽減して下さい**

- ・後期高齢者の保険料引き上げや入院時の食事代の自己負担引き上げなどを撤回して下さい

**一、保険のきかない医療を広げる計画をやめ、必要な医療は公的保険で保障してください**

住所

氏名

(複数の医師・歯科医師の記入も可)

医療機関名

(ゴム印可)

**私のひと言** ※ひと言があればご記入ください

Blank box for "私のひと言" (My one word).